

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{AN}



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/04/11 4-Data de Autorização 11/04/11 5-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 395972 7-Data Validade da Sentença 11/12/10 11/12/11

395972
 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0101202530550200004011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa TRANS ISAAC TRANSPORTE DE 11-Data Validade da Carteira 11/12/10 11/12/11 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome EDSON PANIAGO RODRIGUES

09/01/1977

14-Telefone 15-Nome do titular do plano EDSON PANIAGO RODRIGUES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTO ROCCO TEXEIRA

18-UF PR 19-UF PR 20-Código CBO S 025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 103581910926 22-Nome do Contratado Executante ROBERTO ROCCO TEXEIRA

23-Número no CRO 12817 24-UF PR 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante ROBERTO ROCCO TEXEIRA

27-Número no CRO 12817 28-UF PR 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Vol	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,40	0			11/04/11		EDSON
2-0	0	TRATAMENTO DE ALVEOLITE	48	1	1	8,00	0			11/04/11		EDSON
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/04/11

44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US 42,00

47-Vol 48-Franquia / Co-participação R\$ 22.788,89

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações profissionais assumidas e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta o profissional que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Roberto R. Texeira

Cirurgião Dentista

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/04/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/04/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/04/11

53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/04/11

Av. Garibaldi - Vila Resú - CEP: 85.861-350 - PR



2-No

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/04/2010 12:00		5-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO		6-Número da Guia Principal 396117		7-Data Validade da Sentença 11/01/2011 12:00		396117 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário										12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0002025324690000000103											
13-Nome Aline Caetano											
15-Nome do titular do plano Jorge Fernando de Oliveira											
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA											
14-Telefone (11) 841332124											
18-Número no CRO 12817											
20-Código CBO S 025 -											
23-Número no CRO 12817											
25-Código CNES											
27-Número no CRO 12817											
28-Código CBO S											
28-Nome do Profissional Executante ROBERTO ROCCO TEXEIRA											
31-Código do Procedimento 100811000049											
32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA											
33-Dente/Região 46											
34-Face 1											
35-Qtd 1											
36-Quantidade US 3400											
37-Valor 000											
38-Franquia/Co-participação R\$ 000											
40-Data de Realização 11/01/2011 12:00											
41-Motivo da Omissão 42-Assinatura Silvia C. Diniz C.											
30-Tabella 100811000049											
1-00811000049											
2-00811000049											
3-00811000049											
4-00811000049											
5-00811000049											
6-00811000049											
7-00811000049											
8-00811000049											
9-00811000049											
10-00811000049											
11-00811000049											
12-00811000049											
13-00811000049											
14-00811000049											
15-00811000049											
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/01/2011 12:00											
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência											
45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial											
46-Total Quantidade US 4200											
47-Valor em R\$ R\$ 420,00											
48-Valor em R\$ R\$ 420,00											
49-Valor em R\$ R\$ 420,00											
50-Valor em R\$ R\$ 420,00											
51-Valor em R\$ R\$ 420,00											
52-Valor em R\$ R\$ 420,00											
53-Valor em R\$ R\$ 420,00											
54-Valor em R\$ R\$ 420,00											
55-Valor em R\$ R\$ 420,00											
56-Valor em R\$ R\$ 420,00											
57-Valor em R\$ R\$ 420,00											
58-Valor em R\$ R\$ 420,00											
59-Valor em R\$ R\$ 420,00											
60-Valor em R\$ R\$ 420,00											
61-Valor em R\$ R\$ 420,00											
62-Valor em R\$ R\$ 420,00											
63-Valor em R\$ R\$ 420,00											
64-Valor em R\$ R\$ 420,00											
65-Valor em R\$ R\$ 420,00											
66-Valor em R\$ R\$ 420,00											
67-Valor em R\$ R\$ 420,00											
68-Valor em R\$ R\$ 420,00											
69-Valor em R\$ R\$ 420,00											
70-Valor em R\$ R\$ 420,00											
71-Valor em R\$ R\$ 420,00											
72-Valor em R\$ R\$ 420,00											
73-Valor em R\$ R\$ 420,00											
74-Valor em R\$ R\$ 420,00											
75-Valor em R\$ R\$ 420,00											
76-Valor em R\$ R\$ 420,00											
77-Valor em R\$ R\$ 420,00											
78-Valor em R\$ R\$ 420,00											
79-Valor em R\$ R\$ 420,00											
80-Valor em R\$ R\$ 420,00											
81-Valor em R\$ R\$ 420,00											
82-Valor em R\$ R\$ 420,00											
83-Valor em R\$ R\$ 420,00											
84-Valor em R\$ R\$ 420,00											
85-Valor em R\$ R\$ 420,00											
86-Valor em R\$ R\$ 420,00											
87-Valor em R\$ R\$ 420,00											
88-Valor em R\$ R\$ 420,00											
89-Valor em R\$ R\$ 420,00											
90-Valor em R\$ R\$ 420,00											
91-Valor em R\$ R\$ 420,00											
92-Valor em R\$ R\$ 420,00											
93-Valor em R\$ R\$ 420,00											
94-Valor em R\$ R\$ 420,00											
95-Valor em R\$ R\$ 420,00											
96-Valor em R\$ R\$ 420,00											
97-Valor em R\$ R\$ 420,00											
98-Valor em R\$ R\$ 420,00											
99-Valor em R\$ R\$ 420,00											
100-Valor em R\$ R\$ 420,00											
101-Valor em R\$ R\$ 420,00											
102-Valor em R\$ R\$ 420,00											
103-Valor em R\$ R\$ 420,00											
104-Valor em R\$ R\$ 420,00											
105-Valor em R\$ R\$ 420,00											
106-Valor em R\$ R\$ 420,00											
107-Valor em R\$ R\$ 420,00											
108-Valor em R\$ R\$ 420,00											
109-Valor em R\$ R\$ 420,00											
110-Valor em R\$ R\$ 420,00											
111-Valor em R\$ R\$ 420,00											
112-Valor em R\$ R\$ 420,00											
113-Valor em R\$ R\$ 420,00											
114-Valor em R\$ R\$ 420,00											
115-Valor em R\$ R\$ 420,00											
116-Valor em R\$ R\$ 420,00											
117-Valor em R\$ R\$ 420,00											
118-Valor em R\$ R\$ 420,00											
119-Valor em R\$ R\$ 420,00											
120-Valor em R\$ R\$ 420,00											
121-Valor em R\$ R\$ 420,00											
122-Valor em R\$ R\$ 420,00											
123-Valor em R\$ R\$ 420,00											
124-Valor em R\$ R\$ 420,00											
125-Valor em R\$ R\$ 420,00											
126-Valor em R\$ R\$ 420,00											
127-Valor em R\$ R\$ 420,00											
128-Valor em R\$ R\$ 420,00											
129-Valor em R\$ R\$ 420,00											

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional responsável e a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores fixados no instrumento realizado, conforme previsto em contrato.

Assinado e rubricado por: **Antônio Carlos de Almeida** *Antônio Carlos de Almeida*

49-Observação

Robert R. Taylor

Cloridrato Dentista

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

For 0013

2-N^o

396032
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/01/2012		5-Sintra PENDENTE DE LIBERAÇÃO		6-Número da Guia Principal 396032		7-Data Validade da Sintra 12/01/2012		396032 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 002025249161200005701										12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome IVONETE TEREZINHA BENTO										11-Data Validade da Carteira	
14-Telefone										15-Nome do titular do plano IVONETE TEREZINHA BENTO	
16-Empresa CORLIFE ADMINISTRADORA DE										19-UF PR	
17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTO ROCCO TEXEIRA										20-Código CBO S 025 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03581910926										23-Número no CRO 12817	
22-Nome do Contratado Executante ROBERTO ROCCO TEXEIRA										24-UF PR	
26-Nome do Profissional Executante ROBERTO ROCCO TEXEIRA										28-UF PR	
27-Número no CRO 12817										29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										37-Valor	
30-Tabela										38-Franquia/Co-participação R\$	
31-Código do Procedimento										39-Aut	
32-Descrição										40-Data de Realização	
33-Dente/Região										41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	
34-Face											
35-Qtd											
36-Quantidade US											
37-Valor											
38-Franquia/Co-participação R\$											
39-Aut											
40-Data de Realização											
41-Motivo da Glosa 42-Assinatura											
43-Data Previsto Término do Tratamento											
44-Tipo de Atendimento											
45-Tipo de Faturamento											
46-Tipo de Faturamento											
47-Tipo de Faturamento											
48-Tipo de Faturamento											
49-Tipo de Faturamento											
50-Tipo de Faturamento											
51-Tipo de Faturamento											
52-Tipo de Faturamento											
53-Tipo de Faturamento											
54-Tipo de Faturamento											
55-Tipo de Faturamento											
56-Tipo de Faturamento											
57-Tipo de Faturamento											
58-Tipo de Faturamento											
59-Tipo de Faturamento											
60-Tipo de Faturamento											
61-Tipo de Faturamento											
62-Tipo de Faturamento											
63-Tipo de Faturamento											
64-Tipo de Faturamento											
65-Tipo de Faturamento											
66-Tipo de Faturamento											
67-Tipo de Faturamento											
68-Tipo de Faturamento											
69-Tipo de Faturamento											
70-Tipo de Faturamento											
71-Tipo de Faturamento											
72-Tipo de Faturamento											
73-Tipo de Faturamento											
74-Tipo de Faturamento											
75-Tipo de Faturamento											
76-Tipo de Faturamento											
77-Tipo de Faturamento											
78-Tipo de Faturamento											
79-Tipo de Faturamento											
80-Tipo de Faturamento											
81-Tipo de Faturamento											
82-Tipo de Faturamento											
83-Tipo de Faturamento											
84-Tipo de Faturamento											
85-Tipo de Faturamento											
86-Tipo de Faturamento											
87-Tipo de Faturamento											
88-Tipo de Faturamento											
89-Tipo de Faturamento											
90-Tipo de Faturamento											
91-Tipo de Faturamento											
92-Tipo de Faturamento											
93-Tipo de Faturamento											
94-Tipo de Faturamento											
95-Tipo de Faturamento											
96-Tipo de Faturamento											
97-Tipo de Faturamento											
98-Tipo de Faturamento											
99-Tipo de Faturamento											
100-Tipo de Faturamento											

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

396416
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/11 01/02/11	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 396416	7-Data Validade da Senha 11/03/11 01/12/11
--------------------------	--	----------------------------------	--------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01012012532663300000001011	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOANA CAROLINA DE OLIVEIRA SOUZA	14-Telefone (111) 1111-1111	15-Nome do titular do plano JOANA CAROLINA DE OLIVEIRA SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alendramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTO ROCCO TEXEIRA	18-Número no CRO 12817	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10135819110926	22-Nome do Contratado Executante ROBERTO ROCCO TEXEIRA	23-Número no CRO 12817	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ROBERTO ROCCO TEXEIRA		27-Número no CRO 12817	28-UF PR	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-00181000049		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1		34,00			11/05/11 01/12/11		<i>R. Rocco</i>
2-00185100056		CURATIVO DE DEMORA EM			1		8,00			11/05/11 01/12/11		<i>R. Rocco</i>
3-00185100056												
4-00185100056												
5-00185100056												
6-00185100056												
7-00185100056												
8-00185100056												
9-00185100056												
10-00185100056												
11-00185100056												
12-00185100056												
13-00185100056												
14-00185100056												
15-00185100056												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/05/11 01/12/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 42,00	47-Valor R\$ 122.188,89	48-Franquia / Co-participação R\$ 0
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações profissionais estabelecidas e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) em meu nome e por minha responsabilidade, tendo em vista que este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/05/11 01/12/11 <i>R. Rocco</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/05/11 01/12/11 <i>Joana C. de O.</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/05/11 01/12/11 <i>Joana C. de O.</i>
---------------	--	--	--

AN: 856961-530 - Vlt. res. 28
CEP: 856961-530 - Vlt. res. 28

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

398018
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/06/11 10:12:01		4-Data de Autorização 11/06/11 10:12:01		5-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO		6-Número da Guia Principal 398018		7-Data Validade da Sanha 11/04/10 11:12:11	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 0002025322959000010101				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA			
11-Data Validade da Carteira 11/04/10 11:12:11				12-Número do Cartão Nacional de Saúde				13-Nome PATRICIA RADOWITZ CAMPOS			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
14-Atendimento a RN N		15-Nome do Profissional Solicitante ROBERTO ROCCO TEXEIRA		16-Número no CRO 12817		17-UF PR		18-Data Validade da Carteira 11/04/10 11:12:11		19-Nome do titular do plano PATRICIA RADOWITZ CAMPOS	
20-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03581910910926		21-Nome do Contratado Exatante ROBERTO ROCCO TEXEIRA		22-Número no CRO 12817		23-UF PR		24-Código CNES 244UF PR		25-Código CBO S 025 -	
26-Nome do Profissional Exatante ROBERTO ROCCO TEXEIRA		27-Número no CRO 12817		28-UF PR		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd	
1-000181000049		CONSULTA ODONTOLÓGICA		37-Valor		38-Franchise/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização	
2-000185100056		CURATIVO DE DEMORA EM		37		0,00		0,00		11/06/11 12:12	
3-000185100056		CURATIVO DE DEMORA EM		37		0,00		0,00		11/06/11 12:12	
4-000185100056		CURATIVO DE DEMORA EM		37		0,00		0,00		11/06/11 12:12	
5-000185100056		CURATIVO DE DEMORA EM		37		0,00		0,00		11/06/11 12:12	
6-000185100056		CURATIVO DE DEMORA EM		37		0,00		0,00		11/06/11 12:12	
7-000185100056		CURATIVO DE DEMORA EM		37		0,00		0,00		11/06/11 12:12	
8-000185100056		CURATIVO DE DEMORA EM		37		0,00		0,00		11/06/11 12:12	
9-000185100056		CURATIVO DE DEMORA EM		37		0,00		0,00		11/06/11 12:12	
10-000185100056		CURATIVO DE DEMORA EM		37		0,00		0,00		11/06/11 12:12	
11-000185100056		CURATIVO DE DEMORA EM		37		0,00		0,00		11/06/11 12:12	
12-000185100056		CURATIVO DE DEMORA EM		37		0,00		0,00		11/06/11 12:12	
13-000185100056		CURATIVO DE DEMORA EM		37		0,00		0,00		11/06/11 12:12	
14-000185100056		CURATIVO DE DEMORA EM		37		0,00		0,00		11/06/11 12:12	
15-000185100056		CURATIVO DE DEMORA EM		37		0,00		0,00		11/06/11 12:12	
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/06/11 10:12:01											
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência											
45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial											
46-Total Quantidade US 421,00											
47-Valor Total 421,00											
48-Observação											

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assessorar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta o profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/06/11 10:12:01 Patricia Radowitz Campos

53-Data, local e Assinatura da Empresa
11/06/11 10:12:01 OdontoLife

54-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira

55-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira

56-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira

57-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira

58-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira

59-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira

60-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira

61-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira

62-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira

63-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira

64-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira

65-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira

66-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira

67-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira

68-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira

69-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira

70-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira

71-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira

72-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira

73-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira

74-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira

75-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira

76-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira

77-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira

78-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira

79-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira

80-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira

81-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira

82-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira

83-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira

84-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira

85-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira

86-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira

87-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira

88-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira

89-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira

90-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira

91-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira

92-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira

93-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira

94-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira

95-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira

96-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira

97-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira

98-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira

99-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira

100-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/06/11 10:12:01 Roberto Rocco Texeira



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.4º

Transmissão para o SUS

400417
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 12/01/2012	4-Data de Autorização 12/01/2012	5-Sinthe PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 400417	7-Data Validade da Sinthe 18/01/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020202528270800041601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY		11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CHISLEI CHUELI SILVA PERANDRI					
14-Telefone (11) 11111111					
15-Nome do titular do plano CHISLEI CHUELI SILVA PERANDRI					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		20-Código CBO S 025 -	
16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTO ROCCO TEXEIRA	18-Número no CRO 12817	19-JUF PR
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 031581910192611	22-Nome do Contratado Excutante ROBERTO ROCCO TEXEIRA	23-Número no CRO 12817	24-JUF PR
26-Nome do Profissional Excutante ROBERTO ROCCO TEXEIRA	27-Número no CRO 12817	28-JUF PR	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régulo	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
1-0101811000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA	46	1	1	34	00	00	00	00	11/11/2020	Enche	
2-0101815100056	CURATIVO DE DEMORA EM	46	1	1	8	00	00	00	00	11/11/2020	Enche	
3-1111111111111												
4-1111111111111												
5-1111111111111												
6-1111111111111												
7-1111111111111												
8-1111111111111												
9-1111111111111												
10-1111111111111												
11-1111111111111												
12-1111111111111												
13-1111111111111												
14-1111111111111												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/01/2012	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 42100	47-Valor Total R\$ 999,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 000,00
--	--	---	---------------------------------	------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional responsável, que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/01/2012 Roberto Rocco Teixeira	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Beneficiário 12/01/2012 Roberto Rocco Teixeira	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/2012 Roberto Rocco Teixeira	53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/01/2012 Roberto Rocco Teixeira
---------------	--	---	--	---

TRANSMISSÃO DE DADOS

1428 saas

1428 saas

1428 saas

1428 saas

1428 saas

1428 saas

1428 saas

1428 saas



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

402939
INTERCAMBIO

7-Data Validade da Guia
12/01/2011

6-Número da Guia Principal
402939

5-Sentença
PENDENTE DE LIBERAÇÃO

4-Data de Autorização
12/12/10

3-Data de Emissão da Guia
12/12/10

1-Registro ANS
406414

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Plano POS REDE PRESTADORA	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano VANDERLEI PEREIRA
13-Data 23/04/1987		

16-Adquirente a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTO ROCCO TEXEIRA	18-Número no CRO 12817	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03581191019126	22-Nome do Contratado Exarante ROBERTO ROCCO TEXEIRA	23-Número no CRO 12817	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Exarante ROBERTO ROCCO TEXEIRA	27-Número no CRO 12817	28-UF PR	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	33-Dentur/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia 42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição							
1-000181000049	15	CONSULTA ODONTOLÓGICA							
2-000181000056		CURATIVO DE DEMORA EM							
3-000181000056									
4-000181000056									
5-000181000056									
6-000181000056									
7-000181000056									
8-000181000056									
9-000181000056									
10-000181000056									
11-000181000056									
12-000181000056									
13-000181000056									
14-000181000056									
15-000181000056									

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/12/10	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Valor Total R\$ 4.210,01	47-Valor Total US 4.210,01	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	--------------------------------	-------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda, que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, o valor devido, que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/12/10 Roberto Rocco Teixeira	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/12/10 Roberto Rocco Teixeira	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/12/10 Vanderlei Pereira	53-Data local e Assinatura da Empresa 12/12/10 DENTAL UNI COOPERATIVA
---------------	---	---	--	--

EXEMPLAR EM LÍQUIDAÇÃO Nº 14288 sala 9
Foz do Iguaçu - PR
CEP: 85800-000



2-NP

[illegible]

FOZ

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

409171
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Serinha
12/08/2011/12/11

6-Número da Guia Principal
409171

5-Serinha
PENDENTE DE LIBERAÇÃO

4-Data de Autorização
13/01/10/10/12/01

3-Data de Emissão da Guia
13/01/10/10/12/01

1-Registro ANS
406414

Deixar o Beneficiário

8-Nome da Carteira
0020202533202100000010101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
LEILA ROBERTI

22/07/1988

14-Telefone
LEILA ROBERTI

Deixar o Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
ROBERTO ROCCO TEXEIRA

18-Número no CRO
12817

19-UF
PR

20-Código CBO S

025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
031581910926

23-Número no CRO
12817

24-UF
PR

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Excusante
ROBERTO ROCCO TEXEIRA

27-Número no CRO
12817

28-UF
PR

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Densidade Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-010810000049		CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00			30/10/12	
2-010810000056		CURATIVO DE DEMORA EM	36	1	1	8,00	0,00			30/10/12	
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Provisão Término do Tratamento 30/11/10/12	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 412,00	47-Valor Total R\$ 142,00	48-Valor Total R\$ 142,00
---	--	---	----------------------------------	------------------------------	------------------------------

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) por profissional contratado que assinou este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista/Solicitante
30/11/10/12 Roberto Rocco Teixeira

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
30/11/10/12 Leila Robe

52-Data, local e Carimbo da Empresa
30/11/10/12

AV. GARIBOLDI, 150 - JARDIM BOA VISTA - Foz de Iguaçu - PR - CEP: 85.861-950

CEP: 85.861-950

Foz de Iguaçu - PR



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-N^o

© 2006 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 260: 101–108

[illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações profissionais assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49. Observer-

50-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solidante
13/01/2011 [Assinatura]

51-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
13/01/2011 [Assinatura]

52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
13/01/2011 [Assinatura]

53-Dado, local e Carimbo da Empresa
13/01/2011 [Carimbo]

